

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN *18 Años de Edad o Mayor*

INFORMACIÓN MÉDICA Y CONSENTIMIENTO

Aunque el Departamento Correccional de Menores de Idaho (el Departamento) no sea su **tutor legal**, se convertirá en el **custodio legal** durante el periodo de reclusión. La ley de Idaho exige que el Departamento, como custodio legal, proporcione atención médica razonable a cada joven bajo su custodia. Este formulario suministra información sobre los tipos de atención médica y exámenes que el Departamento proporciona por ley, aún sin su consentimiento, e identifica otros puntos donde es necesario su consentimiento o rechazo antes de que pueda participar. Por favor lea detalladamente. Si tiene preguntas sobre cualquiera de estos puntos, sírvase pedir que se le explique.

CUIDADO MÉDICO Y TRATAMIENTO

Su opinión sobre su situación médica siempre es valorada por el Departamento, y se procurará siempre que sea posible. El Departamento siempre intentará notificarle sobre cualquier cuidado médico (aparte del rutinario) que vaya a recibir, pero no es necesario su consentimiento previo por escrito para que el Departamento brinde estos servicios:

- 1. Atención médica rutinaria:** Por ley, el Departamento deberá asumir la responsabilidad del cuidado involucrado en el tratamiento de enfermedades y lesiones a su persona. Esto puede incluir exámenes, vacunas, radiografías, procedimientos de laboratorio, pruebas de sangre, administración de medicamentos, primeros auxilios, y análisis de orina. Sin embargo, usted no tendrá que ser vacunado si se le entrega a IDJC: 1) una declaración firmada de un médico autorizado indicando que el administrar las vacunas requeridas pondría en peligro su vida o salud; o, 2) una declaración firmada por usted que contenga su nombre y una descripción de las objeciones que usted tiene a vacunas en particular por motivos religiosos u otros.
- 2. Atención médica de emergencia:** Se harán todos los esfuerzos para obtener su consentimiento para procedimientos médicos mayores, que el proveedor médico recomiende, pero, si no esta en estado capaz de dar su consentimiento, el Departamento tomará las medidas que sean necesarias para brindar atención médica de emergencia, cirugía, u hospitalización si una demora en proporcionar los servicios médicos pondría en peligro su vida o salud.
- 3. Análisis de orina:** Los análisis de orina detectan la presencia de una variedad de drogas en la orina. Las muestras de orina se recogen de todos los residentes al azar o de “sorpresa” y se entregan a un laboratorio profesional para el análisis. Una prueba de orina positiva podrá traer consecuencias, incluyendo la expulsión de la colocación en el programa de tratamiento, o cargos penales.
- 4. Tratamiento de salud mental:** Si, como parte de la política del Departamento de poner la mejor atención de salud mental que hay a disposición de los jóvenes, la autoridad médica competente determina que usted se beneficiaría de un régimen psicofarmacológico, se le notificará de los medicamentos psicotrópicos, conforme al diagnóstico psiquiátrico, que le hayan recetado. El médico del Departamento determinará todos los tipos de medicamentos que se usarán mientras usted esté bajo custodia.

INFORMACIÓN MÉDICA—Requiere su consentimiento

Sírvase anotar sus iniciales en la línea suministrada junto a cada categoría para indicar su permiso.

Yo, _____ (nombre del/de la joven consignado(a)) por el presente doy mi permiso para lo siguiente:

_____ **5. Exámenes y entrega de información sobre el anticuerpo del VIH y otros patógenos:** La ley de Idaho exige que el Departamento examine a ciertas personas encarceladas para el VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por vía sanguínea. Además, la ley permite a los jóvenes de 14 años o más que sean examinados a solicitud propia.

Esta información será compartida únicamente “si es necesario saberla.” Al marcar esto, usted está descargando a su médico y al departamento de salud del distrito de toda responsabilidad sobre la divulgación de esta información.

_____ **6. Entrega de registros de tratamiento:** Usted da permiso a toda agencia o cualquier otro proveedor de salud que le haya suministrado tratamiento de salud mental, médico, o dental anteriormente para entregar cualquier información relacionada con dicho tratamiento al Departamento Correccional de Menores de Idaho.

Al poner aquí sus iniciales, usted también está dando permiso para que todas las entidades e individuos que le hayan prestado atención médica mientras que se encuentre recluso(a), entreguen todos los registros de salud correspondientes al Departamento al ser solicitados por éste. Esto incluye todos los registros de salud mental y médicos, incluyendo las notas de psiquiatría o psicoterapia.

Esta autorización es válida por tres (3) años desde la fecha en que sea diligenciada. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento por escrito. Estoy autorizado a firmar el presente formulario de Consentimiento y Autorización para Divulgación de Información porque soy un joven de 18 años de edad o mayor, y soy un joven que está consignado(a) a la custodia del Departamento.

Este formulario me seguirá cuando sea colocado en un programa de tratamiento. La información generada por esta autorización se mantendrá en la base de datos estatal del Departamento Correccional de Menores de Idaho, preservando la confidencialidad de la misma y se impedirá la divulgación no autorizada, de conformidad con la reglamentación del departamento, estatal, y federal.

Firma del/la joven de mayoría de edad

Fecha

Nombre impreso del/la joven

Fecha de nacimiento

Testigo

AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS ADICIONALES

_____ **Divulgación de registros escolares:** Usted autoriza a las escuelas donde haya estudiado anteriormente a que divulguen todos los registros escolares al distrito que lo recibe. Por favor, haga una lista de las escuelas donde ha estudiado:

Escuela	Años escolares cursados	Fechas

_____ **Descargo de responsabilidad del centro por pertenencias:** Usted da permiso a mantener consigo sus artículos personales y pertenencias mientras sea residente. Usted entiende que el centro no reemplazará estas pertenencias en caso de pérdida, robo, o daño. Cuando complete el programa del centro y obtenga su liberación, podrá llevarse consigo sus pertenencias.

_____ **Inscripción en el Programa educativo de seguridad en carreteras – Descargo a participantes mayores de edad de 18 años (Descargo para participar en el programa Adopt-A-Highway):** Usted descarga y libera al estado de Idaho, la Junta de Transporte de Idaho, el Departamento de Transporte de Idaho, y a sus funcionarios, agentes, y empleados, de todo reclamo, demanda y causa de acción de todo tipo por cualquier perjuicio o lesión que pueda derivarse de la participación en el Programa Adopt-A-Highway y otras actividades voluntarias en o cerca de las vías de tránsito. Usted acepta eximir de responsabilidad al estado de Idaho, la Junta de Transporte de Idaho, el Departamento de Transporte de Idaho, y a sus funcionarios, agentes, y empleados, de responsabilidad por todo daño o lesiones derivadas de cualquier negligencia o mala conducta deliberada por su parte durante su participación en dichas actividades voluntarias en o cerca de las vías de tránsito.

_____ **Descargo por actividades externas al centro:** Usted da permiso para participar en salidas recreativas y sociales de bajo riesgo supervisado por el personal del programa residencial, incluyendo entre otras: natación, compras, cenas, caminatas, campamentos y eventos especiales.

Si hay alguna actividad en la que, por razones de salud u otras razones, usted no desea participar, por favor, anote las actividades y sus inquietudes al respecto:

Usted esta de acuerdo de participar en actividades acuáticas donde **no** esté presente un salvavidas certificado siempre y cuando por lo menos un (1) adulto supervisor sea nadador competente:

Sí No

_____ **Acuerdo para que el padre o tutor participe en terapia:** Siempre que sea posible, el Departamento intentará involucrar a los padres o tutores en el programa de tratamiento del joven aunque sea mayor de edad. Usted esta al tanto que participar en sesiones de terapia familiar con un terapeuta calificado es parte de su programa normal de rehabilitación. Igualmente, usted acepta cumplir con las condiciones de la terapia familiar según lo estipulado por su terapeuta. **Nota: es posible que el juez haya ordenado dicha participación. Consulte su orden judicial.*

_____ **Liberación de archivos al Departamento de Libertad Condicional Juvenile:** el Departamento colabora estrechamente con los oficiales de libertad condicional juvenile y adultos (probation officer) del condado, que son oficiales de la Corte, para planificar su reintegración a la comunidad. Por el presente otorga permiso al Departamento para compartir información sobre usted, que por lo contrario se considera confidencial, incluyendo documentos de observación, evaluación y colocación, con el oficial de libertad condicional asignado a su caso. Cualquier información compartida será para ayudar al oficial de libertad condicional con la planificación de reinserción y reintegración a la comunidad.

SERVICIOS DE CUIDADO POSTERIOR

_____ **Reingreso:** Si usted decide utilizar servicios de reingreso o transición después de que sea liberado del Departamento Correccional de Menores de Idaho, usted le da permiso al Departamento para divulgar la información correspondiente al tratamiento, a los proveedores de servicios de reingreso designados a fin de elaborar un plan de reingreso para tener acceso a los servicios necesarios, el cual se desarrollará 90 días antes de la salida.

_____ **Terapia de familia funcional (FFT):** Si usted decide acceder a los servicios de FFT mientras que aun se encuentra bajo la custodia del Departamento, usted le da al Departamento Correccional de Menores de Idaho permiso para divulgar información del tratamiento a los proveedores de FFT designados para ayudar en el desarrollo de un plan de tratamiento de FFT. El/la JSC hará la recomendación y el Supervisor Clínico regional la aprobará.

_____ **Servicios de salud y bienestar:** Si usted deciden presentar solicitud al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho para servicios después de que sea liberado del Departamento Correccional de Menores de Idaho, usted le da al Departamento Correccional de Menores de Idaho permiso para divulgar información del tratamiento al Departamento de Salud y Bienestar de Idaho para ayudar a completar la solicitud. El trámite de solicitud se debe iniciar seis meses antes de la salida.

Esta autorización es válida por tres (3) años desde la fecha de la firma. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento únicamente por escrito. Estoy autorizado a firmar el presente formulario de Consentimiento y Autorización para Divulgación de Información porque soy un joven de 18 años de edad o mayor, y soy un joven que está consignado(a) a la custodia del Departamento.

Este formulario me seguirá cuando sea colocado en un programa de tratamiento. La información generada por esta autorización se mantendrá en la base de datos estatal del Departamento Correccional de Menores de Idaho, preservando la confidencialidad de la misma y se impedirá la divulgación no autorizada, de conformidad con la reglamentación del departamento, estatal, y federal.

Firma del/la joven de mayoría de edad

Fecha

Nombre impreso del/la joven

Fecha de nacimiento

Testigo